

大震災発生時の保健医療従事者の役割 —東日本大震災の被災地における保健師活動を通して—

藪本 初音

Hatsune Yabumoto

1. はじめに

平成23年3月11日、未曾有の東日本大震災が発生した。大阪市では当日に「大阪市災害対策本部」を立ち上げ、食料や水等の救援物資を輸送するとともに、消防士の派遣や保健師・事務職・技術職等で構成された支援チームの派遣を決定した。私自身、保健師として被災地支援の経験はあるものの、今回初めて先遣隊として活動に従事した体験から多くの事を考えさせられたので、その活動について報告し、保健医療従事者として感じた課題について述べる。

2. 保健医療従事者チームの派遣

震災が発生したのは14時46分、担当部署はその直後から、危機管理室等関係部署と調整を図りながら、16時頃には被災地支援に向かう必要物品と、保健師2名、事務職1名、技能職2名の支援チームの派遣を決定し、厚生労働省からの要請があればいつでも出発できる体制を組んでいた。

厚生労働省からの派遣要請は3月13日の12時過ぎに入ったが、支援地は宮城県ということだけしか決まっておらず、場所については現地で調整してほしいとの事であった。15時に大阪市役所を車で出発し、当日は東京泊、早朝宮城県に向かったが道路は東北に近づくにつれ亀裂が目立ち、14日の14時過ぎに宮城県庁に到着した。県庁にて被災地の状況を聴き、唯一避難所の情報が届いていた岩沼市の支援に向かうこととなった。

その後、状況の変化に応じて大阪市の派遣人数、派遣場所等は変わっていったが(図1)、今回は、3/13～5/3まで支援に入った宮城県岩沼市での活動を中心に述べたい。



図1. 大阪市の保健医療従事者の派遣地域と期間

3. 岩沼市の状況

■面積 60平方キロメートル

人口 59,000人

■被害状況

浸水面積：市の面積の約48%

住宅全半壊：約500棟

床上浸水：約1,000棟

死者：526人

○東部：壊滅状態(田園地帯)

○中部：被害小(市役所等公共施設集中)

○西部：被害小(丘陵地帯)

■3月とはいえ雪や霰のふる気候

■3月14日の夕方から電気が回復するもその他のライフラインの復旧見込み未定

■1日ペットボトル2本の水を飲料水と生活水として使用食事は3食おにぎりと菓子パン

4. 到着後の支援活動状況

1) 到着当日

県庁、保健所での情報収集を終え、現地の岩沼保健センター到着後、市の保健師から状況の説明を受けた。被災から4日目の夜を迎えて、28ヶ所の避難所に約7,000名以上の方が避難されており、市の保健師が巡回し被災者の健康管理を行っていた。

市民会館には約850名、ビッグアリーナ（体育館）には約430名の方が避難されていたが、常駐の医療職がないという状況を聞き、この2ヶ所で今後起こりうる健康問題を考えれば、巡回型ではなく、常駐型の支援が必要と思われた。

夜の8時過ぎ、健康状態と避難所の環境を確認するため、この2ヶ所を訪問した。

■到着初日

県庁・保健所・市町村センターで情報収集

28カ所(7,214名の避難者)



保健師の巡回

◎市民会館:約 850 名

◎ビッグアリーナ:約 430 名



〔避難所及び被災者の情況〕

夜、余震が続く中、各部屋を巡回するも自ら体調不良等を訴える方はなく、高齢者の方にこちらから、「血压測ってみましょうか?」と呼びかけたところ、次々と相談が持ちかけられた。避難所は人が飽和状態で、暖房はきいているものの雪の降る季節に床の上に毛布2枚で夜を過ごさねばならない環境にあった。

管理者からは「体調不良を訴える人が多く、特に夜間は医療職がないためその対応に苦慮している。」という訴えがあり、避難所は次のような状況にあった。

- ・避難者は概ね地域ごとに集まり、部屋には町名が張り出され、家族親族を探す方への配慮が見受けられた。また、自然とコミュニティによる相互支援が生まれていた。
- ・高齢者には高血圧症状を呈する方が多かったが、薬剤

や服薬手帳を持ち出すことができず、また、医療機関への受診も困難な状況にあった。その他、酸素吸入や経管栄養、人工肛門等特別なケアが必要な方の必要物品も入手困難であった。

- ・ミルクと大人用のオムツの不足が目立った。
- ・認知症が疑われる方が夜間にその症状が不安定になり、周囲の方のストレスも増していた。
- ・家族と再会が果たせた方、死亡が確認された方など、同じ避難所において明暗を分けるつらい状況が見られた。
- ・余震の恐怖と福島第一原発事故に対する不安が高まっていた。

センターに戻り、避難所の状況をもとに現地の保健師と今後の方針を話し合い、この2ヶ所の避難所は夜間の対応を含め大阪市保健師が支援を担当することとし、その他の18ヶ所の避難所と在宅者への支援については、地域を知る地元の保健師が担当することとした。現地の状況については大阪市へ連絡し、第2次派遣者の調整と必要物品等についても要請した。

私達先遣隊の保健医療職は2人だったことから、その活動は今後の支援体制の確立、役割分担等、体制づくりを中心に行うこととした。

5. フェーズ1～2の避難所における活動

1) 要支援者の把握とその支援（カルテの作成と相談所の設置、巡回相談の開始）

翌日から本格的な支援活動を始動したが、まず、避難所の一角に相談コーナーを設置し、常時相談に対応することとした。夜間10時過ぎまで開設し、夜中も1名の保健師が対応できるよう体制を組み、館内放送を通してそのことを周知した。相談内容は図2に示すとおり、当初は高齢者、特に高血圧者の相談が多く、次いで感染症、その他（外傷）であった。

青年や壮年期の男性には、行方不明者の搜索や瓦礫処理の時に負った外傷が多かった。また、打撲や擦過傷は数日して状態が落ち着いた頃に気付く方が多かった。

また、相談に来ることのできない方のためには、避難所の中を巡回し支援を行った。カルテを作成したが相談者が多く再来の方の相談記録の検索に時間を要した点、また、各部屋に出向いての継続ケアの場合、広い講堂では対象者を探し出すことが難しく、本人をすぐに確認できるトリアージ的なものを工夫する必要性を感じた。

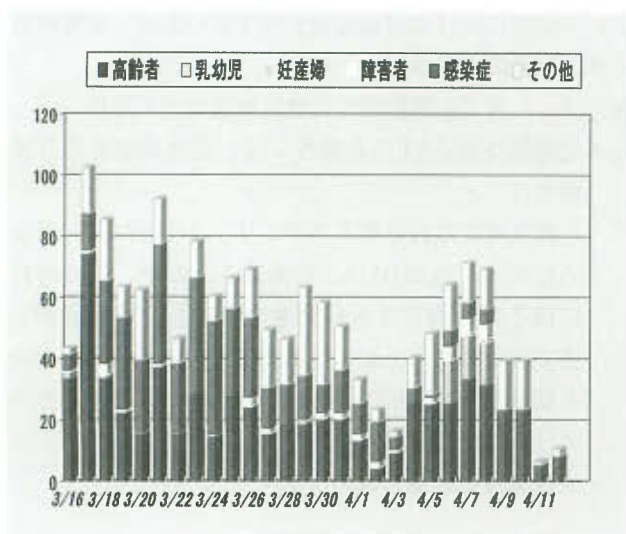


図2. 避難所における相談内容と相談者数の推移

2) 感染症等、二次的健康障害の予防と早期発見

高齢者や乳幼児にインフルエンザや感染性胃腸炎が疑われる患者が出てきたが、医療機関が機能していなかった初期の段階では、隔離する部屋の確保に苦慮した。数百名の集団生活、ストレスや過酷な避難生活による体力低下、水道が復旧しておらず手洗いやうがいが行えない状態では、感染症の拡大を予防する必要があった。避難所の出入り口とトイレに手指消毒用薬剤と必要性を呼びかける貼り紙を設置したが、避難所の感染症の発生状況を振り返ってみると、図3のとおり、最初数名だった発熱と嘔吐の症状を呈する患者が7日目頃から急増している。水道の復旧と第2次第3次に派遣された保健師による「うがいコーナー」の設置や、嘔吐・下痢の時に必要な用具をまとめた「対応セット」による避難者へのケアを強化したことが、患者の減少につながったと考えられ

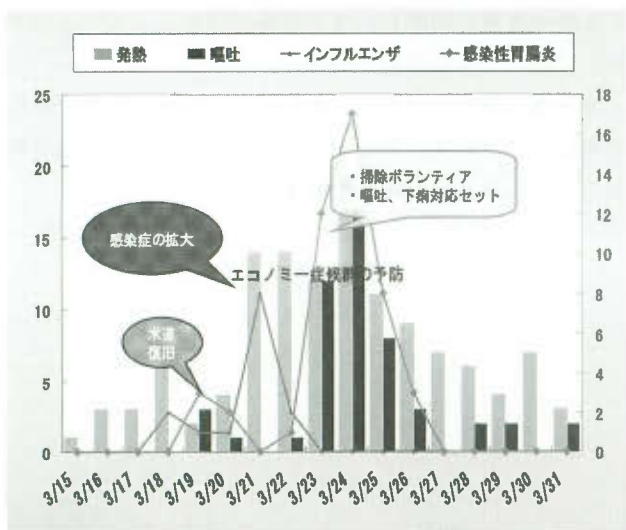


図3. 避難所における感染症様症状の推移

る。また、この時期に環境整備のボランティアが入ったことも、終息の要因のひとつであろう。

一方、まだまだ寒さが厳しく体を動かす機会が少ない環境であったこと、水分の補給が限られていたことなどから、エコノミー症候群の予防も重要と考えた。私達の派遣期間中は各部屋を巡回し健康教育を行いながら体操を実践するだけであったが、第2次の派遣保健師は館内放送を活用し避難所全体に予防を呼びかけ、時間を決めて可能な方全員が外に出て健康体操を実施する習慣を確立した。

3) 避難所の管理者等との連携

被災者の健康状態の把握の次に行ったのは、避難所職員との朝夕10分程度のミーティングである。職員はそれぞれ異なった職場から派遣されていたため、職員相互もお互いのことを知らず、また避難所運営管理についても経験がなかった。ミーティングにより今避難所で起こっている問題を共有し解決策を検討することにより、連帯感が生まれていったように感じた。避難所の方と顔の見える関係にある職員が生活上の注意点等を呼びかけると、事がスムーズに進み避難所の生活に規律が生まれてきた。

4) 他の医療職や支援者との連携

被災後数日が経過すると、様々な医療職やボランティア等が被災地に入ってくる。私達が活動していた時期は被災直後であったためかさほど多くなく、自然とDMAT、地元医師、地元保健師との役割分担ができていたように思われる。被災5日目頃からはケアマネジャーも活動し、要介護状態の高齢者を医療につなげる、あるいは福祉関連施設へ入所させるなどの活動を行っていた。しかし、これら多くの医療職やボランティアの調整を誰が行うのかは今後の課題であると感じた。

一方、大阪市から同行していた事務職は、携帯電話等がつながりにくい中、逐次必要な情報を大阪市へ情報提供し、必要物品の買出しや現地職員との連絡調整を行うなど、私達が活動しやすい状況を整えてくれた。運転手2名はやっと開いた医療機関への患者の送迎や、遺体安置所での業務のサポートなど、現地の状況に応じた支援を実施していた。

6. 避難所の状況の変化

避難所では、管理者の呼びかけにより地域ごとに代表者が選ばれ、定期的にミーティングを開き、問題点を話

し合いながら生活上のルールを決めていた。限られた量の食事は代表者が地域の必要分だけを配り、トイレの掃除もいつの頃からか避難者の方が当番で実施するようになっていた。また、医療機関が診療を再開するも受診の手段がない中、避難所の方々がお互いに車で送迎をする姿も多く見られた。厳しい生活を強いられているにもかかわらず、お互いを思いやりながら集団生活を送ることができたのは、がまん強い東北の方の気質もあるが、このミーティングによるところも大かっただと思われる。

しかしながら長引く避難所生活は、2週間を過ぎた頃から子どもたちに影響を与えていたことが、その後の記録から明らかになってきた。粗暴な行動をはじめ精神的に不安定な状態が目につくようになったが、絵本コーナーができたことにより落ち着いていったと聞いている。

7. 支援活動を通して感じた課題

今回私自身が被災地で活動したのは現地でわずか3日間であった。その3日間とその後支援に従事した保健師等の活動をもとにこの報告書をまとめた。課題については文中ですでに述べてきたが、再度まとめておきたい。

1) 情報収集と状況判断

- ・限られた人数と条件の中で必要な支援を優先順位を考慮して判断する
- ・起こりうる二次的健康障害を想定した支援活動
- ・マニュアルに頼り過ぎない臨機応変な対応と支援

2) 保健医療従事者としての基本的な知識の重要性

3) 現地職員や避難所管理者、その他の支援者との協力・役割分担

4) 被災地職員の心身の状況に寄り添った支援

5) 災害時に備えた学校教育（小、中、高、大学等）

- ・避難訓練だけでなく、避難所等での生活を想定した災害時教育

6) 地域における防災訓練の再考

- ・防災グッズの再確認（常備薬等）と住民相互の支援体制の検討

7) 平常時における健康危機管理体制の強化（保健師教育、保健師現任教育）

8) フェーズ2 初期段階の保健医療活動の重要性

- ・公衆衛生DMATの必要性（特に全体調整を担う指導者）

被災地では命を救うタイムリミットのフェーズ1の時期に、医療DMATが派遣されるが、この時期にはそれと同じくらい公衆衛生DMATの派遣が必要ではないだろうか。生活者としての被災者の安全と健康管理を担う、健康危機管理の指導者とそのチームは必須である。

- ・派遣職種と派遣人数の決定

8. おわりに

今回、大阪市からは保健医療従事者や事務職等が計134名、被災地支援に赴いた（消防やその他の事務職員は除く）。「こころのチーム」は別チームとして被災地支援にあたったが、現地では身体的な支援の中でこころの問題が明らかになってくることも多かった。災害の種類・規模・時期等によって支援チームの職種や人数は異なってくるのであろう。

また、大阪市の職員はこの貴重な体験において、命の大切さを改めて考えさせられたことであろう。この体験をもう一度自分自身の中で振り返り、今後の災害に備え自分たちに何ができるのか、何をすべきなのか考えていく必要がある。

一方、大規模災害では自治体そのものが壊滅状態で機能しないため、被災状況が把握できず、災害規模の大きい地域ほど支援要請が届きにくいという状況が生じている。このような際、情報をいかに把握し誰が中心となって支援の有無を判断し、また現場指揮をとっていくのかは、今後の大きな課題であろう。

被災地の復興には数十年かかると言われている。改めてお亡くなりになられた方のご冥福と、一日も早い復興をこころよりお祈り申し上げます。